

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/270506086>

# Excesso de mortalidade no Inverno nos países da Europa mediterrânea

Conference Paper · January 2012

CITATIONS

0

READS

1,023

4 authors:



**R. Almendra**

University of Coimbra

91 PUBLICATIONS 513 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Elisabete Freire**

University of Lisbon

24 PUBLICATIONS 211 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Joao Vasconcelos**

Instituto Politécnico de Leiria

51 PUBLICATIONS 552 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Paula Santana**

University of Coimbra

347 PUBLICATIONS 5,546 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



SINDIA - Socio-spatial inequalities in dementia [View project](#)



Reconversion of the Heritage and People of Coastal lagoons [View project](#)

# EXCESSO DE MORTALIDADE NO INVERNO NOS PAÍSES DA EUROPA MEDITERRÂNEA

**ALMENDRA, RICARDO**

Faculdade de Arquitectura UTL | CEGOT – Universidade de Coimbra  
ricardoalmendra85@gmail.com

**FREIRE, ELISABETE**

CIAUD - Faculdade de Arquitectura UTL

**VASCONCELOS, JOÃO**

Instituto Politécnico de Leiria | CIAUD - Faculdade de Arquitectura UTL | CEGOT

**SANTANA, PAULA**

CEGOT – Universidade de Coimbra

## Resumo

O objetivo deste estudo é identificar e analisar a evolução da incidência da doença cerebrovascular e da doença isquémica cardíaca, e os padrões do excesso de mortalidade no Inverno em quatro países da Europa mediterrânea: Portugal, Espanha, Itália e Grécia.

Apesar da mortalidade por doença cardiovascular estar a diminuir a sua sazonalidade é evidente nos países mediterrâneos, onde, apesar de invernos amenos, o excesso de mortes associadas ao frio é mais importante. Portugal apresenta as taxas mais elevadas, e em vários anos regista resultados piores que a média do Mediterrâneo.

**Palavras chave:** Excesso de mortalidade no inverno, doenças cardiovasculares, países mediterrâneos.

## Abstract

The aim of this study is to identify and assess the incidence trends of cerebrovascular and ischemic heart disease, and the excess winter mortality pattern within four European Mediterranean countries: Portugal, Spain, Italy and Greece.

Although cardiovascular mortality has been dropping, its seasonality is still well evident in the Mediterranean countries; and, regardless of its mild winter, there is a conspicuous excess of winter deaths; wherein, Portugal has the highest rates, and in several years has worst results than Mediterranean average.

**Key words:** Excess winter mortality, cardiovascular diseases, Mediterranean countries.

## 1. MORTALIDADE CARDIOVASCULAR E EXPOSIÇÃO AO FRIO

O papel do ambiente atmosférico no desencadear de doenças cardiovasculares e respiratórios foi já identificado há muito tempo (FREIRE, 1996; HEALY, 2003). É conhecido que nos casos em que a temperatura ambiente é inferior à temperatura do corpo humano, este procura adaptar-se, através da produção de energia, dando origem à termogénese, e/ou da conservação de energia. Nesses momentos, as principais respostas termorregulatórias passam pela vasoconstrição e pela contração dos músculos. Nas primeiras, os vasos sanguíneos reduzem a circulação sanguínea à superfície da pele e nos órgãos periféricos, irrigando de

modo prioritário os órgãos vitais. Desse modo, o corpo minimiza as perdas de calor uma vez que se protege de trocas energéticas com o exterior através da radiação. Por outro lado, através da contração muscular, o corpo humano desencadeia movimentos involuntários que garantem a produção de calor, como são exemplo os tremores causados pela exposição ao frio (EVANS, 1985). Quando a temperatura interior do corpo humano atinge valores inferiores a 35°C, dá-se início ao estado de hipotermia, em que se assistem aos seguintes sintomas no sentido do seu agravamento: aumento da vasoconstrição, tremores e produção diurética, início de um estado de confusão mental, início de hiperglicemia e de disfunção hepática. Com o agravar da exposição ao frio, o corpo humano aumenta a contração dos vasos sanguíneos, perde a capacidade motora, em especial a coordenação de movimentos das mãos e pernas. A pulsação e ritmos respiratórios diminuem significativamente, mas em compensação o ritmo cardíaco aumenta, representando um esforço cardíaco acrescido. Alguns órgãos vitais podem deixar de funcionar em perfeitas condições e pode dar-se a morte. Para além destes aspetos, alguns estudos têm referido que a necessidade de oxigenação do miocárdio é maior quando o corpo regista um arrefecimento, em especial na população idosa desencadeando assim um risco de complicações cardíacas associadas a sensação de frio (WILSON et al., 2010).

Para além dos fatores acima mencionados, a própria composição e densidade do sangue pode variar de acordo com oscilações térmicas, ou seja, com o início da sudação, as trocas de água, por via da evaporação, conduzem a uma perda de sal e água no corpo, o que provoca o aumento da concentração de glóbulos vermelhos e brancos, de plaquetas e de colesterol plasmático no sangue. Por outro lado, considera-se que quando se dá a vasoconstrição, aproximadamente um litro de sangue se afasta da superfície da pele e que nestes momentos a retenção de sal e água pelos órgãos linfáticos e pela urina contribui para o aumento de outros componentes no sangue, tornando-o mais denso. Estas variações da densidade e composição sanguínea diminuem a fluidez do fluxo e aumentam a probabilidade de formação de coágulos, uma vez que podem aumentar a concentração do sangue em cerca de 10% e a sua viscosidade em 20% (KEATINGE et al., 1986; KEATINGE, 2002).

A fragilidade do corpo humano perante o frio tem levado a que alguns autores estabeleçam uma relação entre a sazonalidade das doenças cardiovasculares e o ambiente atmosférico.

## **2. EXCESSO DE MORTALIDADE NO INVERNO**

Em quase todas as regiões temperadas do globo é possível observar uma variação anual da mortalidade que se caracteriza pela maior concentração nos meses mais frios do ano. Esta sazonalidade não acontece em todas as causas de morte, mas em especial na mortalidade causada por doenças cardiovasculares e respiratórias. A causa mais evidente para a sazonalidade destas doenças tem a ver com a exposição ao frio (RAU, 2007) e tem vindo a ser chamada como excesso de mortalidade durante o inverno (EMI).

Apenas parte da mortalidade durante o Inverno se atribui ao efeito direto do frio. Segundo Laake e Sverre (1996), os episódios de hipotermia correspondem a menos de 3% das mortes em excesso no Inverno. As principais causas de EMI parecem estar associadas a problemas cardiovasculares e respiratórios, em muitos casos, a uma conjugação dos dois, isto é, muito frequentemente, infeções respiratórias ou episódios de gripe desencadeiam processos de falência cardíaca que originam a morte dos indivíduos (DONALDSON e KEATINGE, 2002; KEATINGE, 2002; NAYHA, 2002; STEWART et al., 2002; NAYHA, 2005). Contudo, Donaldson e Keatinge (2002) calcularam que no Reino Unido estes episódios inflamatórios apenas se associam a 3% do EMI, embora outros estudos tenham avançado com valores na ordem dos 19% (FLEMING, 2000).

Na Europa, estima-se que existam todos os anos 250 mil mortes em excesso durante o Inverno, 70% destes casos estão associados a doenças cardíacas e 15% a doenças respiratórias. Apenas no Reino Unido, estima-se que ocorram em média 30 000 mortes em excesso todos os Invernos (WILKINSON et al., 2004).

Este fenómeno tem vindo a diminuir gradualmente nas últimas décadas (KUNST et al., 1991; CARSON et al., 2006), no entanto continua a ser bastante mais elevado em países como Portugal, Espanha, Irlanda, Inglaterra e País de Gales (LAWLOR et al., 2000; HEALY, 2003) do que noutros países europeus com clima semelhante, revelando-se mesmo como uma preocupação em termos de saúde pública nalguns destes países. O facto de o EMI ser mais pronunciado em climas amenos do que frios, sugere que a sua explicação está mais associada a outros fatores que não à temperatura. Os fatores explicativos mais referidos são comportamentais (EUROWINTER, 1997; MCKEE et al., 1998; GOODWIN et al., 2000) e de qualidade da habitação (Aylin et al., 2001; Healy, 2003; Hajat et al., 2007; El Ansari e EL-SILIMY, 2008).

Um dos elementos mais intrigantes do EMI é que este parece ser menos intenso, ou mesmo inexistente nas regiões onde o Inverno é mais rigoroso. Na cidade de Yekaterinburg na Sibéria, conhecida por ser uma das cidades mais frias do globo, não se observou o aumento da mortalidade com a descida da temperatura do ar, sendo também inexistente o excesso de mortalidade durante o Inverno (DONALDSON et al., 1998). Noutras regiões temperadas e com invernos amenos, como seja nos países mediterrâneos, parece haver uma variação anual da mortalidade mais intensa do que nos países do Escandinavos. Este paradoxo (RAU, 2007), ou seja, o facto de os países amenos apresentarem um maior EMI sugere que não é o frio o elemento determinante, mas antes os elementos que justificam a exposição ao frio. Esta subtil diferença centra o estudo do EMI nos determinantes sociais da proteção ao frio, tais como a qualidade da habitação ou as condições de aquecimento.

O estudo de Healy (2003) foi talvez o trabalho mais alarmante para Portugal, uma vez que identificou Portugal como o país da Europa com EMI seguida da Espanha e Irlanda, indicando que a causa provável deste valor em Portugal esteja associada às debilitadas condições de habitação, falta de aquecimento do ar, deficiente isolamento térmico, assim como à iniquidade dos rendimentos em comparação com o resto da Europa.

Este estudo contribuiu fortemente para evidenciar que o clima ameno, com o qual Portugal se identifica, é também composto por períodos de frio com consequências na mortalidade e para os quais o país parece não estar preparado.

### **3. EXCESSO DE MORTALIDADE NO INVERNO NOS PAÍSES MEDITERRÂNEOS**

#### **3.1. Dados e métodos**

Para analisar o impacte da sazonalidade nas doenças cardiovasculares analisou-se a mortalidade por acidente cerebrovascular (CID 10: I60-I69) e por isquémica cardíaca (CID 10: I20-I25).

A taxa de mortalidade padronizada foi recolhida através *European health for all database*, enquanto o número de óbitos mensais foram obtidos junto dos institutos nacionais de estatística: *Statistics Portugal, Spanish Statistical Office, Italian National Institute for Statistics e National Statistical Service of Greece*.

Para estudar a sazonalidade da doença cardiovascular foi necessário aplicar um fator de normalização<sup>1</sup> mensal de modo a obter resultados padronizados a meses de 30 dias (Pinheiro, 1990).

Com os valores normalizados calcularam-se o número de EMI<sup>2</sup> e o Índice de Excesso de Mortalidade no Inverno<sup>3</sup> (IEMI) segundo a metodologia utilizada pelo *UK National Statistics*. O número de EMI é a diferença entre o número de mortes no inverno (óbitos que ocorreram entre Dezembro e Março) e o número médio de mortes em período não-inverno (óbitos registados entre o período precedente de Agosto a Novembro e o período ulterior de Abril a Julho). O IEMI expressa o excesso de mortalidade no inverno como uma percentagem através razão entre o número de mortes durante os meses de inverno com o número de óbitos registados no período não-inverno (WMPHO, 2011). Devido à elevada variabilidade inter-anual dos resultados foram utilizadas médias móveis de três anos.

### 3.2. Resultados

Atualmente, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte e de morbidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da União Europeia a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65% de toda a mortalidade. Apesar disto, nos países estudados a taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca tem vindo a diminuir a um ritmo constante ao longo dos trinta e cinco anos (figura 1). Portugal é o país com melhor evolução, em 1970 apresentava a maior taxa, mas até 2010 registou um decréscimo relativo de 67%, atingindo valores semelhantes aos outros países. A Grécia apresenta um comportamento totalmente diferente, em 1970 apresentava os melhores resultados, mas em 2009 registava a taxa mais elevada, apesar ter diminuído 25%. Espanha e Itália registaram decréscimos de 58% e 62%, respetivamente.

Apesar da importante variabilidade inter-anual a taxa de mortalidade em excesso no inverno diminui a um ritmo estável nos quatro países (figura 2). Portugal apresenta a maior taxa em todos os períodos analisados e é o único país que regista resultados acima dos 300 óbitos por milhão de habitantes.

Por outro lado, o IEMI não apresenta importantes decréscimos, excetuando a Grécia onde a sazonalidade apresenta uma clara diminuição (figura 3). Portugal regista resultados mais elevados que os outros países, nunca apresentando valores inferiores a 30% e ultrapassando os 40% em dois períodos.

Apesar das importantes variações anuais é possível identificar uma tendência decrescente na taxa de mortalidade em excesso no inverno durante as últimas duas décadas, mas no que concerne ao IEMI não é possível identificar uma diminuição tão clara nos quatro países; durante o mesmo período a taxa de mortalidade padronizada (relativa ao ano completo) diminuiu a um ritmo estável. Esta conjugação pode indicar que o decréscimo na

<sup>1</sup>

Meses com:	31 dias	30 dias	29 dias	28 dias
Fator de correção:	0,96	1	1,03	1,07

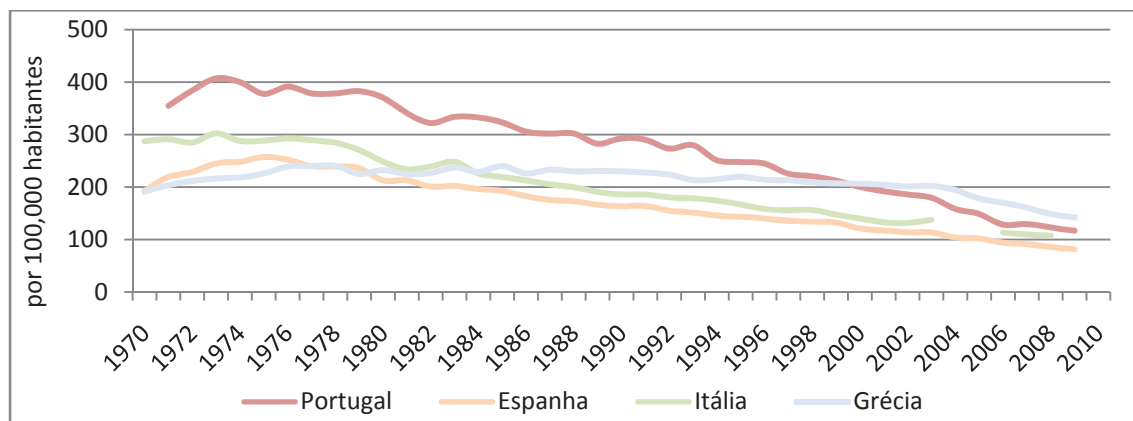
<sup>2</sup>

$$\text{EMI} = \text{Mortes no inverno} - \frac{\text{Mortes em período não - inverno}}{2}$$

$$\text{EWDI} = \left( 2 \times \frac{\text{Mortes no inverno}}{\text{Mortes em período não - inverno}} - 1 \right) \times 100$$

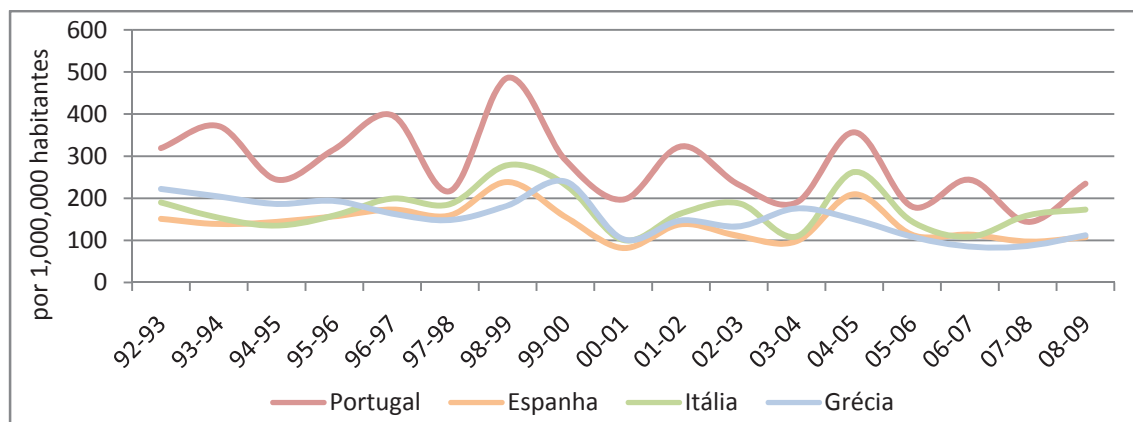
taxa de mortalidade em excesso no inverno está relacionado com a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares em vez da diminuição do impacte da sazonalidade.

Figura 1. Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca.



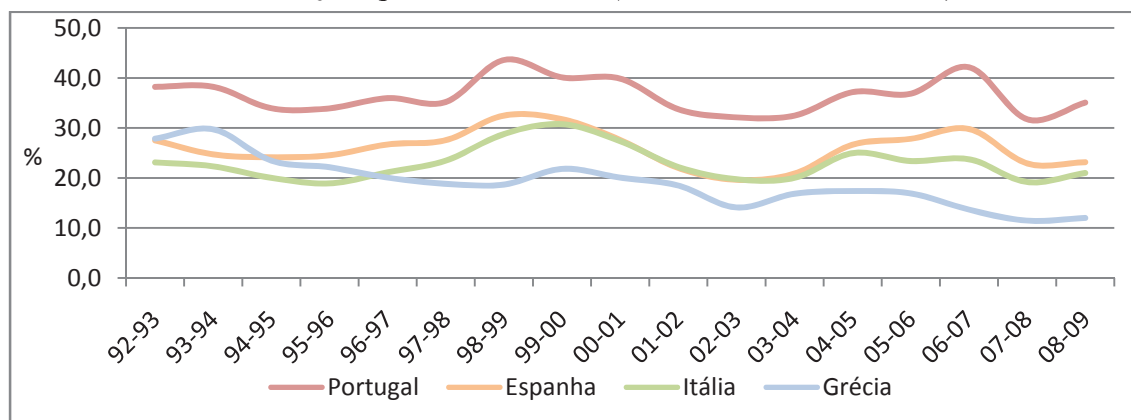
Fonte: WHO-Health for all database. Elaboração própria.

Figura 2. Taxa de excesso de mortalidade no inverno por acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca (média móvel de três anos).



Fonte: Health for all database e institutos nacionais de estatística. Elaboração própria.

Figura 3. Índice de excesso de mortalidade no inverno por acidente vascular cerebral e doença isquémica cardíaca (média móvel de três anos).



Fonte: Institutos nacionais de estatística. Elaboração própria.

#### 4. MITIGAÇÃO DO EXCESSO DE MORTALIDADE NO INVERNO

A causa mais evidente para a sazonalidade destas doenças tem a ver com a exposição ao frio (Rau, 2007) e tem vindo a ser chamada como excesso de mortalidade durante o inverno (EMI). Com base nos elementos apresentados, parece haver uma explicação ambiental que contribui para identificar a acentuada sazonalidade da mortalidade, em especial do foro cardíaco.

Torna-se também evidente que a geografia da sazonalidade sugere que não é o frio per si que causa o excesso de mortalidade, mas antes, os fatores sociais que contribuem para a exposição ao frio ou melhor, para a débil proteção ao ambiente térmico durante o inverno. Estes aspetos sociais podem significar más condições da habitação em termos de isolamento e de aquecimento do ar, falta de capacidade financeira para aquecer a habitação, uso inadequado de vestuário entre outros. Neste sentido, a melhoria dos aspetos socioeconómicos associados à exposição ao frio podem ser a chave para a mitigação do EMI.

Ao contrário de alguns determinantes da saúde cardiovascular como seja a idade ou a genética, estes são determinantes que podem ser alvos de medidas políticas sectoriais e justificam a ação por parte da sociedade na sua redução.

Contudo, em muitas partes do mundo a sazonalidade da doença é ainda ignorada e entendida como um processo natural da variação da mortalidade. De um modo generalizado, a mortalidade durante o inverno nestes países é vista como uma consequência do ambiente térmico e não como uma fragilidade da comunidade, logo não é considerada como uma prioridade, nem mesmo como uma área de possível intervenção. Para outros países, contudo, esse é um problema de ordem maior, sendo mesmo considerado como um problema de saúde pública que justifica medidas robustas para o mitigar (RAU, 2007). Nestes casos, tanto a nível local como a nível nacional, são canalizadas verbas e esforços relevantes para as diversas iniciativas de resolução do problema. Em alguns casos são também realizadas sessões de esclarecimento da população sobre as necessidades de aquecimento e quais as medidas mais eficazes que para mitigar a exposição ao frio.

Assim, considera-se que a exposição ao frio deveria ser assumida como um problema de saúde pública, interdisciplinar, e que as medidas de combate deveriam passar pela caracterização da população vulnerável através de conceitos semelhantes ao de pobreza energética, onde o esforço económico para o aquecimento da habitação fosse o critério principal para a atribuição de apoios. De modo complementar deveria ser feito um

levantamento do parque habitacional e avaliadas as necessidades de aquecimento de cada edifício. Esta poderia ser a base para a aplicação de medidas de apoio em casos extremos de frio.

Em Portugal, o fenómeno é negligenciado e a sua identificação não é partilhada pela sociedade em geral. Embora existam alguns estudos que apontam para a sazonalidade das doenças cardíacas em Portugal (PINHEIRO, 1990; FREIRE, 1996; ALMENDRA, 2011; VASCONCELOS et al., 2011) não existe ainda, uma noção esclarecida dos efeitos do frio, por parte da população em geral, das autoridades e dos políticos, o que se traduz numa total ausência de medidas de monitorização ou de mitigação deste fenómeno.

## 5. CONCLUSÕES

A fragilidade ao ambiente térmico resulta de uma combinação entre a temperatura do ar (e/ou de outras variáveis meteorológicas) e do contexto social no qual vivem os indivíduos. É na interação destes dois contextos: biofísico e humano que se compreendem os efeitos do frio na saúde humana.

O EMI em Portugal é mais intenso que noutros países onde o frio é mais pronunciado, apesar dos esforços desenvolvidos para controlar os determinantes da doença cardiovascular os impactes da sazonalidade ainda não estão a diminuir. Os resultados do presente trabalho sugerem que os aspetos socioeconómicos desempenham um papel determinante na compreensão dos elevados valores de EMI, podendo, desse modo ser a chave para a mitigação do problema.

Acredita-se que medidas que promovam uma melhor proteção ao frio podem trazer grandes benefícios para a saúde pública em Portugal, nomeadamente diminuir o EMI.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMENDRA, R. (2011): *Geografia da doença cardiovascular: Enfarte Agudo do Miocárdio – padrões e sazonalidade*, tese de mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- AYLIN, P.; MORRIS, S.; WAKEFIELD, J.; GROSSINHO, A.; JARUP, L.; ELLIOTT, P. (2001): «Temperature, housing, deprivation and their relationship to excess winter mortality in Great Britain, 1986-1996», *Int J Epidemiol*, 30, p. 1100-1108.
- CARSON, C.; HAJAT, S.; ARMSTRONG, B.; WILKINSON, P. (2006): «Declining vulnerability to temperature-related mortality in London over the 20th century», *Am J Epidemiol*, 164, p. 77-84.
- DONALDSON, G.C.; KEATINGE, W.R. (2002): «Excess winter mortality: influenza or cold stress? Observational study», *Bmj*, 324, p. 89-90.
- DONALDSON, G.C.; TCHERNJAVSKII, V.E.; ERMAKOV, S.P.; BUCHER, K.; KEATINGE, W.R. (1998): «Winter mortality and cold stress in Yekaterinburg, Russia: interview survey», *Bmj*, 316, p. 514-518.
- EL ANSARI, W.; EL-SILIMY, S. (2008): «Are fuel poverty reduction schemes associated with decreased excess winter mortality in elders? A case study from London, U.K.», *Chronic Illn*, 4, p. 289-294.
- EUROWINTER. (1997): «Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe.», *Lancet*, 349, p. 1341-1346.
- EVANS, D.E. (1985): *Variations in human physiology*, Manchester University Press, 241p.

- FLEMING, D.M. (2000): «The contribution of influenza to combined acute respiratory infections, hospital admissions, and deaths in winter», *Communicable disease and public health / PHLS*, 3, p. 32-38.
- FREIRE, E., (1996): *The comfort climatology of Portugal : a contribution to human bioclimatology*, tese de doutoramento apresentada à University of London, London.
- GOODWIN, J.; TAYLOR, R.S.; PEARCE, V.R.; READ, K.L. (2000): «Seasonal cold, excursionsal behaviour, clothing protection and physical activity in young and old subjects.», *Int J Circumpolar Health*, 59, p. 195-203.
- HAJAT, S.; KOVATS, R.S.; LACHOWYCZ, K. (2007): «Heat-related and cold-related deaths in England and Wales: who is at risk?», *Occup Environ Med*, 64, p. 93-100.
- HEALY, J.D. (2003): «Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, p. 784-789.
- KEATINGE, W.R. (2002): «Winter mortality and its causes», *Int J Circumpolar Health*, 61, p. 292-299.
- KEATINGE, W.R.; COLESHAW, S.R.; EASTON, J.C.; COTTER, F.; MATTOCK, M.B.; CHELLIAH, R. (1986): «Increased platelet and red cell counts, blood viscosity, and plasma cholesterol levels during heat stress, and mortality from coronary and cerebral thrombosis», *The American journal of medicine*, 81, p. 795-800.
- KUNST, A.E.; LOOMAN, C.W.; MACKENBACH, J.P. (1991): «The decline in winter excess mortality in The Netherlands», *Int J Epidemiol*, 20, p. 971-977.
- LAAKE, K.; SVERRE, J.M. (1996): «Winter excess mortality: a comparison between Norway and England plus Wales», *Age Ageing*, 25, p. 343-348.
- LAWLOR, D.A.; HARVEY, D.; DEWS, H.G. (2000): «Investigation of the association between excess winter mortality and socio-economic deprivation», *J Public Health Med*, 22, p. 176-181.
- MCKEE, M.; SANDERSON, C.; CHENET, L.; VASSIN, S.; SHKOLNIKOV, V. (1998): «Seasonal variation in mortality in Moscow», *J Public Health Med*, 20, p. 268-274.
- NAYHA, S. (2002): «Cold and the risk of cardiovascular diseases. A review», *Int J Circumpolar Health*, 61, p. 373-380.
- NAYHA, S. (2005): «Environmental temperature and mortality», *Int J Circumpolar Health*, 64, p. 451-458.
- PINHEIRO, C. (1990): «Um frio de morrer ou variação da mortalidade e clima nos distritos de Viana do Castelo e Faro», *Arquivos do Instituto nacional de Saúde*, XV, p. 61-112.
- RAU, R. (2007): *Seasonality in human mortality: a demographic approach*, Berlin, Springer, 274 p.
- STEWART, S.; MCINTYRE, K.; CAPEWELL, S.; MCMURRAY, J.J. (2002): «Heart failure in a cold climate. Seasonal variation in heart failure-related morbidity and mortality», *J Am Coll Cardiol*, 39, p. 760-766.
- VASCONCELOS, J.; FREIRE, E.; MORAIS, J.; MACHADO, J.R.; SANTANA, P. (2011): «The health impacts of poor housing conditions and thermal discomfort», *Procedia Environmental Sciences*, 4, p. 158-164.
- WILKINSON, P.; PATTENDEN, S.; ARMSTRONG, B.; FLETCHER, A.; KOVATS, R.S.; MANGTANI, P.; MCMICHAEL, A.J. (2004): «Vulnerability to winter mortality in elderly people in Britain: population based study», *Bmj*, 329, p. 647.
- WILSON, T.E.; GAO, Z.; HESS, K.L.; MONAHAN, K.D. (2010): «Effect of aging on cardiac function during cold stress in humans», *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 298, p. R1627-R1633.
- WMPHO (2011): *Excess Winter Deaths Atlas: User Guide*, Birmingham WMPHO, 15p.

# DA INTEGRAÇÃO URBANÍSTICA À INCLUSÃO SOCIAL – MITO OU REALIDADE?

ANTUNES, GONÇALO  
UNL / FCSH / DGPR  
goncalo.antunes@fcs.unl.pt

## Resumo

No presente trabalho, procura-se abraçar do ponto de vista teórico-conceptual os diversos prismas que definem não só a noção de pobreza, mas todas as problemáticas que lhe estão associadas. A necessidade de abordar os grandes flagelos sociais da nossa sociedade contemporânea surge da reflexão realizada às condições de vida das populações realojadas ao longo das últimas duas décadas em Portugal.

Apontar-se-ão, também, algumas estratégias inclusivas para corrigir os problemas encontrados no objecto de estudo - a Alta de Lisboa -, firmadas na perspectiva de uma sociedade policromática e tolerante.

**Palavras-chave:** pobreza, exclusão, segregação, bairros\_de\_barracas, inclusão

## Abstract

FROM URBAN INTEGRATION TO SOCIAL INCLUSION – MYTH OR REALITY?

This paper seeks to address the perspectives that define not only the concept of poverty, but all the problems associated with it. The need to address contemporary society's major social ills arises from the reflection of the life conditions of individuals residing in social housing.

It also intends to point out some inclusive strategies to correct the problems that were found in the neighborhood “Alta de Lisboa”, based on a perspective of a multicultural and tolerant society.

**Key words:** poverty, exclusion, segregation, slums, inclusion

## 1. FLAGELOS SOCIAIS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

### 1.1. Pobreza Urbana

A necessidade de abordar os grandes flagelos sociais da nossa sociedade contemporânea surge da reflexão às condições de vida das populações realojadas. Contudo, é também objectivo deste projecto desdobrar a presente realidade e rever o quotidiano antecedente ao realojamento, levando-nos para um mundo de indigência e exclusão onde muitos, demasiados, sobreviveram por várias décadas.

Parafraseando Remy & Voyé (2004), as populações pobres amontoadas em bairros de lata, deixaram o campo na esperança de escapar à desorganização emergente do meio rural, fenómeno que ocorreu em grande parte dos países industrializados. Esses indivíduos, atraídos pelo brilho da cidade, local imaginado como lugar de todos os sonhos, acabaram por degradar as suas ligações com o espaço rural do qual eram